

## 静岡市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施に関し、法、介護保険法施行令（平成10年政令第412号。以下「政令」という。）、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）及び介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号。以下「指針」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (総合事業の内容)

第2条 市長は、総合事業のうち、次に掲げる事業を行うものとする。

(1) 法第115条の45第1項第1号に規定する第1号事業（以下「第1号事業」という。）として実施する次に掲げる事業

ア 法第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業（以下「第1号訪問事業」という。）として実施する次に掲げるサービスを提供する事業

(ア) 訪問介護相当サービス

(イ) 生活援助型訪問サービス

(ウ) 訪問型短期予防サービス

(エ) 地域支え合い型移動サービス

イ 法第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業（以下「第1号通所事業」という。）として実施する次に掲げるサービスを提供する事業

(ア) 通所介護相当サービス

(イ) 運動型通所サービス

(ウ) サロン型通所サービス

(エ) 地域支え合い型通所サービス

ウ 法第115条の45第1項第1号ハに規定する第1号生活支援事業（以下「第1号生活支援事業」という。）として実施する配食型見守りサービス事業

エ 法第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業（以下「第1号介護予防支援事業」という。）

(2) 法第115条の45第1項第2号に規定する事業として実施する次に掲げる事業

ア 指針第3の2に規定する介護予防把握事業

イ 指針第3の2に規定する介護予防普及啓発事業

ウ 指針第3の2に規定する地域介護予防活動支援事業

エ 指針第3の2に規定する地域リハビリテーション活動支援事業

オ 指針第3の2に規定する一般介護予防事業評価事業

(総合事業の実施方法)

第3条 前条の規定にかかわらず、次に掲げるサービスを提供する事業（以下「指定訪問・通所事業」という。）は、法第115条の45の3第1項に規定する指定事業者（以下「指定事業者」という。）が実施するものとする。

(1) 前条第1号ア（ア）に規定する訪問介護相当サービス

(2) 前条第1号ア（イ）に規定する生活援助型訪問サービス

(3) 前条第1号イ（ア）に規定する通所介護相当サービス

(4) 前条第1号イ（イ）に規定する運動型通所サービス

(5) 前条第1号イ（ウ）に規定するサロン型通所サービス

2 前項の規定による指定事業者のほか、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。）附則第13条の規定により第1号訪問事業に係る指定事業者の指定を受けたものとみなされた者は訪問介護相当サービスを、同条の規定により第1号通所事業に係る指定事業者の指定を受けたものとみなされた者は通所介護相当サービスを、それぞれ実施することができる。

3 次に掲げる事業は、法第115条の47第4項に基づき適切に事業が実施できると認められる者（以下「受託者」という。）に委託するものとする。

(1) 前条第1号ウに規定する配食型見守りサービス事業

(2) 第1号介護予防支援事業

(指定事業者に係る指定の有効期間)

第4条 省令第140条の63の7に規定する市が定める期間は、6年とする。

(審査及び支払事務の委託)

第5条 指定訪問・通所事業に係る法第115条の45の3第5項の規定による審査及び支払に関する事務は、国民健康保険団体連合会に委託するものとする。

(指定訪問・通所事業等に要する費用の額)

第6条 指定訪問・通所事業に要する費用の額は、市長が別に定めるところにより算定するものとする。

(第1号事業支給費の支給等)

第7条 市長は、前条の規定により算定された指定訪問・通所事業に要する費用の額（その額

が現にサービスに要した費用の額を超えるときは、当該サービスに要した費用の額とする。)の100分の90に相当する額を法第115条の45の3第2項の第1号事業支給費として指定事業者に支払うものとする。

- 2 法第9条第1号の第1号被保険者(以下「第1号被保険者」という。)であってその者の利用に係る指定訪問・通所事業について政令第29条の2第1項の規定を準用した場合における同項の合計所得金額が、同条第2項に規定する額以上である者に係る第1号事業支給費について、前項の規定を適用する場合においては、同項中「100分の90」とあるのは、「100分の80」とする。
- 3 前項の規定は、その者の利用に係る指定訪問・通所事業について政令第29条の2第3項の規定を準用した場合に、同項各号に掲げる場合のいずれかに該当する者については、適用しない。
- 4 第1号被保険者であって、その者の利用に係る指定訪問・通所事業について政令第29条の2第4項の規定を準用した場合における同項の合計所得金額が、同条第5項に定める額以上である者に係る第1号事業支給費について、第1項の規定を適用する場合においては、同項中「100分の90」とあるのは、「100分の70」とする。
- 5 前項の規定は、その者の利用に係る指定訪問・通所事業について政令第29条の2第6項の規定を準用した場合に、同項各号に掲げる場合のいずれかに該当する者については、適用しない。
- 6 指定訪問・通所事業の利用者が省令第97条第1項各号に掲げる特別の事情があることにより、指定訪問・通所事業者に必要な費用を負担することが困難であると認められる場合であって、当該利用者の申請により市長が承認したときにおける第1号事業支給費の額については、静岡市介護保険条例等施行規則(平成15年静岡市規則第71号。以下「規則」という。)第32条及び第33条の規定による居宅支援サービス費等の額の特例の例による。

(第1号事業支給費の支給限度額)

第8条 第1号事業支給費の限度額(次項の規定の適用を受ける場合を除く。)は、法第55条第1項の規定による介護予防サービス費等の例による。

- 2 省令第140条の62の4第2号に該当する者(以下「事業対象者」という。)に係る第1号事業支給費の限度額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額(平成12年厚生省告示第33号)第2号イに規定する要支援1の介護予防サービス等区分支給限度基準額の100分の90に相当する額とする。
- 3 居宅要支援被保険者が指定訪問・通所事業及び介護予防サービス等(法第8条の2第1項

の介護予防サービス及び法第8条の2第12項の地域密着型介護予防サービスをいう。以下この条において同じ。)を利用するときは、第1号事業支給費及び介護予防サービス等に支給するサービス費額の合計額は、第1項の限度額を超えることができない。

- 4 規則第33条第2項の規定による承認をされた法第53条第1項の居宅要支援被保険者(以下「居宅要支援被保険者」という。)は、前条第3項の規定による承認を受けたものとみなす。  
(高額介護予防サービス費相当事業費の支給等)

第9条 市長は、指定訪問・通所事業の利用により生じた利用者負担額が著しく高額であるときは、法第61条に規定する高額介護予防サービス費に相当する額(以下「高額介護予防サービス費相当事業費」という。)を支給するものとする。

- 2 前項の規定による高額介護予防サービス費相当事業費の支給を受けようとする指定訪問・通所事業の利用者は、高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

- 3 市長は、前項の規定による申請に対し、高額介護予防サービス費相当事業費の支給又は不支給を決定したときは、高額介護予防サービス費相当事業費支給(不支給)決定通知書(様式第2号)により、申請者に通知するものとする。

(高額医療合算介護予防サービス費相当事業費の支給)

第10条 市長は、指定訪問・通所事業の利用に係る利用者の負担額及び政令第22条の3第1項各号に掲げる額の合計額が著しく高額であるときは、法第61条の2に規定する高額医療合算介護予防サービス費に相当する額を支給するものとする。

(事業対象者の届出)

第11条 事業対象者が第1号事業を利用するときは、次に掲げる書類により市長に届け出なければならない。

- (1) 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書(様式第3号)
- (2) 基本チェックリスト(様式第4号)
- (3) 介護保険の被保険者証

- 2 市長は、前項の規定による届出があった場合は、事業対象者である旨、当該届出を受理した日及び第1号介護予防支援事業を行う法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターの名称を事業対象者の介護保険の被保険者証に記載して返付するものとする。

- 3 市長は、第1項の規定による届出があったときは、前項の規定による返付までの間、被保険者証に代えて規則第7条に規定する介護保険資格者証を交付するものとする。

(事業対象者に係る第1号事業の利用)

第12条 事業対象者は、前条第1項の規定による届出をした日（以下「届出日」という。）から第1号事業を利用することができる。

2 前項の規定にかかわらず、届出日が、要介護認定の有効期間又は要支援認定の有効期間（以下「認定有効期間」という。）内にある場合にあつては、認定有効期間の満了の日の翌日から第1号事業を利用できるものとする。ただし、認定有効期間が60日を超えている場合には、前条第1項の規定による届出をすることができない。

（事業対象者でなくなった場合の処理）

第13条 事業対象者が、次のいずれかに該当した場合は、事業対象者の介護保険の被保険者証から第11条第2項に定める記載事項を削除するものとする。

- （1）法第19条第1項に規定する要介護認定又は法第19条第2項に規定する要支援認定を受けたとき。
- （2）第1号事業を利用する必要がなくなった旨の申出があつたとき。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号（第9条関係）

高額介護予防サービス費相当事業費支給申請書

（ 年 月 ）

フリガナ				保険者番号				
被保険者氏名				被保険者番号	┆	┆	┆	┆
				個人番号	┆	┆	┆	┆
生年月日		年 月 日		性別	男・女			
住 所		〒 電話番号						
世帯構成		氏 名	生 年 月 日	性別	(介護保険の被保険者の場合) 被 保 険 者 番 号			
		世 帯 主				┆	┆	┆
世帯構成		世 帯 員				┆	┆	┆
						┆	┆	┆
<p>(宛先) 静岡市長                  上記のとおり高額介護予防サービス費相当事業費の支給を申請します。                  年 月 日                  住所                  申請者 氏名 電話番号</p>								

(注) 給付制限を受けている方については、高額介護予防サービス費相当事業費の支給ができない場合があります。

様式第2号（第9条関係）

第 号  
年 月 日

静岡市長 氏 名 印

高額介護予防サービス費相当事業費  
支給（不支給）決定通知書

先に申請のあった高額介護予防サービス費相当事業費の支給については、右記のとおり決定したので通知します。

（教示）行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

（表）

被保険者氏名											
被保険者番号											
対象月	年 月										
本人支払額	円										
給付の種類											
決定年月日	年 月 日										
支給区分											
支給金額	円										
不支給の理由											
振 込 先	金融機関										
	支店										
	口座種目										
	口座番号										
	口座名義人										
	振込日	年 月 日									

(裏)

郵便はがき

料金後納 郵便

様

このはがきについてのお問合せ先
-----------------

- 明細は内側にあります。ここからゆっくりお開けください。

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

区 分	※ 受 付	<input type="checkbox"/> 葵福祉事務所（取次ぎ）	<input type="checkbox"/> 井川支所・井川診療所
		<input type="checkbox"/> 駿河福祉事務所	<input type="checkbox"/> 長田支所
新規・変更		<input type="checkbox"/> 清水福祉事務所	<input type="checkbox"/> ( ) 保健福祉センター
		<input type="checkbox"/> 清水福祉事務所蒲原出張所	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
		生 年 月 日	性別
		年 月 日生	男・女
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する 地域包括支援センター			
地域包括支援センター名		地域包括支援センター所在地	
		〒	
		電話番号	
事業者番号			
地域包括支援センターを変更する場合の事由等 (地域包括支援センターを変更する場合のみ記入してください。)			
変更年月日： 年 月 日			
(宛先) 静岡市長 上記の地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼したことを届け出ます。 年 月 日 住 所 被保険者 電話番号 氏 名			
※ 保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届け出の重複
		<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所番号	
介護予防ケア マネジメント を委託する場 合の委託先居 宅介護支援事 業所	事業所番号		事業所名称
《注意事項》			
1 ※印の欄は、記入しないでください。			
2 この届出書は、あなたが介護予防ケアマネジメントを依頼した地域包括支援センターを把握するためのものです。地域包括支援センターが決まり次第、速やかに各区役所高齢介護課へ提出してください。			
3 新規申請の場合は、この届出書に、被保険者証を添付してください。			
4 届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。			
5 介護予防ケアマネジメントを依頼する地域包括支援センター又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を変更するときは、変更前と変更後の事業者双方に連絡をとり、この届出書により必ず各区役所高齢介護課へ届け出てください。			
6 (介護予防)小規模多機能型居宅介護を受けるときは、別に定める届出書により必ず 届け出てください。			

### 基本チェックリスト

記入日	年 月 日		
利用者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日( 歳)	住所	
電話			
圏域地域包括 ケアセンター名	地域包括支援センター	備考	

★No. 1～23の質問項目について、いずれか○をつけてください。  
★No. 12の身長・体重はカッコ内に数字を記入し計算してください。

NO	質問項目	回答 (○が正解です)		判定
生活全般	1 バスや電車で1人で外出していますか <small>自分で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。</small>	0	はい 1 いいえ	No.1～20 項目中の 10項目 □
	2 日用品の買い物をしていますか <small>自ら外出し、買い物に出かけ、必要な物が買えていますか？</small>	0	はい 1 いいえ	
	3 預貯金の出し入れをしていますか <small>ご自身の网银で金融管理を行っている場合「はい」とします。</small>	0	はい 1 いいえ	
	4 友人の家を訪ねていますか <small>電話による交流は含みません。また家族や親戚の家への訪問は含みません。</small>	0	はい 1 いいえ	
	5 家族や友人の相談に応じていますか <small>電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。</small>	0	はい 1 いいえ	
運動	6 階段を手すりや壁をつたわらずに見えていますか <small>棒や、手すり棒を使用している状態であれば「はい」とします。 習慣的に手すり棒を使っている場合は「はい」となります。</small>	0	はい 1 いいえ	
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか <small>棒やつかまっている程度であれば「はい」とします。</small>	0	はい 1 いいえ	
	8 15分位続けて歩いていますか <small>屋内、屋外等の場所は問いません。</small>	0	はい 1 いいえ	
	9 この1年間に転んだことがありますか	1	はい 0 いいえ	
10 転倒に対する不安は大きいですか	1	はい 0 いいえ		
栄養	11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少が確認されたか <small>6ヶ月以上かかって減少している場合は「はい」となります。</small>	1	はい 0 いいえ	栄養の 2項目 □
	12 現在の身長( )cm 体重( )kg <small>※BMI計算方法=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満の場合に 該当</small>	1	はい 0 いいえ	

歯・口	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか <small>半年以上前よりも固いものを食べにくく、 その状態に変わりはない場合はい「はい」となります。</small>	1	はい 0 いいえ	口 の 2項目 □	No.1～20 項目中の 10項目 □
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1	はい 0 いいえ		
	15 口の渇きが気になりますか	1	はい 0 いいえ		
外出	16 週に1回以上は外出していますか <small>過去1ヶ月の状態を平均して、週1回外出していれば「はい」となります。</small>	0	はい 1 いいえ	NO1 6 □	
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	はい 0 いいえ		
もの忘れ	18 周りの人から「いつも同じことを聞くなどの物忘れがある」と言われますか	1	はい 0 いいえ	NO1 8 ～20 の 13項目 □	
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか <small>誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「はい」となります。</small>	0	はい 1 いいえ		
	20 今日が何月何日か分からないときが頻りますか <small>月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。</small>	1	はい 0 いいえ		
うつ病	21 (ここ公認) 毎日の生活に充実感がない	1	はい 0 いいえ	NO2 1 ～25 の 25項目 □	
	22 (ここ公認) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	はい 0 いいえ		
	23 (ここ公認) 以前は楽にできていたことが今ではおっくう感じられる	1	はい 0 いいえ		
	24 (ここ公認) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	はい 0 いいえ		
	25 (ここ公認) わけもなく疲れたよさを感じる	1	はい 0 いいえ		
その他	26 現在1日3食食べていますか	1	はい 2 いいえ	NO2 6 ～28 の 14項目 □	
	27 主食・主菜・副菜がそろった食事を1日1食以上食べていますか	1	はい 2 いいえ		
	28 最近2～3か月、主食や主菜を食べる量が減ってきましたか	1	はい 2 いいえ		
	29 あなたの現在の健康状態はいかがですか 1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. まあよくない 5. よくない				
	30 健康や介護予防のために運動や趣味の習いごとなどをしていますか	1	はい 2 いいえ		
	31 運動や栄養や口腔機能を改善することに関心がありますか	1	関心ある 2 関心ない		
	32 介護予防の教室を勧められたら参加したいと思えますか	1	はい 2 いいえ		
33 現在の家族構成を教えてください 1. ひとり暮らし 2. 夫婦2人暮らし 3. 子や孫など同居 4. その他					